Rok XXVIII. Kraków, 20 Lipca 1889. Nr. 29.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.
Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.
Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.
Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.
Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.
Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

| | w Austryi | w Król. Polskiém i Ces. Ros. | w Niemczech | we Francyi |
|---|---|---|---|---|
| Rocznie: | 8 złr. 80 ct. | 6 rsr. | 14 mk. | 24 fr. |
| Półrocznie: | 4 „ 40 „ | 3 „ | 7 „ | 12 „ |
| Kwartalnie: | 2 „ 20 „ | 1½ „ | 3½ „ | 6 „ |




## I. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Dra Rydygiera w Krakowie.

### Skolijoza i jéj leczenie.

Nowy sposób ortopedycznego traktowania téjże.

Podał
Dr. Aleksander Bossowski,
I. Asystent kliniki chirurgicznéj w Krakowie.

Kwestyja skolijozy przedstawia jeszcze dotąd wiele ciemnych i niewyjaśnionych punktów, po nad którémi góruje przeważnie rój domysłów i przypuszczeń w części na podstawie badań anatomo-patologicznych opartych, w części tylko z rozumowań teoretycznych wysnutych. Zarówno geneza skolijozy habitualnéj, jakoteż istota skrzywień kręgosłupa śród jéj przebiegu obraca się dotąd na polu teoryj często kunsztownie i pomysłowo zbudowanych, sprzecznych jednak z wynikiem badań zmian anatomicznych lub pozbawionych tego łącznika dowodowego, który teoryję podnosi dopiero do rzędu prawd rzeczywistych.

Zmiany anatomiczne, które okazuje kręgosłup w skończonéj formie skolijozy od dawna były przedmiotem obserwacyi, a tłumaczenie ich mniéj lub więcéj trafne składało się na poglądy, mające rozjaśnić nie tylko już cechę samego skrzywienia, ale zarazem odsłonić przyczynę i sposób jego powstania. Zgodnie przyznaje większa część badaczy klinowatéj formie kręgów skolijotycznych znaczenie zaniku, który wyradza się na wklęsłéj stronie skrzywienia pod wpływem niejednostajnego ucisku ciążącego na kręgosłupie. Zboczenia te, zajmujące zarówno trzon kręgu jako też połowę łuku po stronie wklęsłéj krzywizny kręgosłupa, noszą nazwę zmian infleksyjnych w następstwie bocznego wygięcia kręgosłupa wynikłych. Lorenz [1]), którego zasługą nie małą jest szczegółowy i ścisły rozbiór zmian anatomicznych w kręgosłupie skolijotycznym, podaje ważny objaw za pierwszeństwem bocznego wygięcia kręgosłupa w skolijozie przemawiający, a to rozszerzenie się płaszczyzn stawowych po stronie wklęsłéj skrzywienia w przeciwieństwie do zmniejszenia się tychże płaszczyn po stronie wypukłéj krzywizny skolijotycznéj Te różnice w wielkości i rozszerzaniu się płaszczyzn stawowych w niedotkniętych jeszcze zmianami siłą skrzywienia wyrostkach stawowych odpowiadają prawu dotyczącemu przekształcania się płaszczyzn stawowych śród zmienionych warunków ich ruchów. W miejscu, gdzie chrząstka stawów wychodzi poza obręb zetknięcia się z drugą, następuje jéj zanik, podczas gdy z drugiéj strony po przemieszczeniu się ruchu i płaszczyzn stawowych w zakresie nowych ruchów i nowych punktów stycznych wytwarza się nowa chrzęstna płaszczyzna stawu.

Szereg drugi zmian w kręgach skolijotycznych uderzających mniéj — zgodne znalazł wytłumaczenie, a różnice w poglądach stanowią punkt ciężkości, ważący na szali pojedynczych teoryj. Zmiana skolijotyczna kształtu burząca na wskróś symetryję kręgów nie doznała zaspokojenia w przyjęciu infleksyi bocznéj i rotacyi kręgów na płaszczyznach stawowych dokonanéj, a to tem mniéj, że w płaszczyznach stawowych wyrostków skośnych kręgów żadnych dla zmienionych ruchów obrotowych nie znajdujemy wskazówek. Wobec tego nie mogą więc ostać się poglądy Mayera, który przyjął do wyjaśnienia rotacyi rozmaitą ścisłiwość trzonu i łuków, ani też zapatrywania Henkego, Drachmana, Schenka, którzy łącznie z ruchem zgięcia bocznego kręgosłupa upatrywali przyczynę jego stawowego obrotu. Inni jak Hueter, a w ostatnich czasach Nicoladoni, zaprzeczyli wprost rotacyi kręgów skolijotycznych uważając ją jako złudzenie wzroku znaczną asymetryją polów kręgowych wzbudzone. Lorenz przyszedł na podstawie badań anatomicznych do przekonania, że zmiany kształtu i kierunku części składających łuk kręgowy, jakoteż zmiany kształtu połączonych z niemi żeber odnieść należy do odgięcia się korzeni łuków

[1]) *Pathologie u. Therapie der seitlichen Rückgrat-Verkrümmungen*, Wien, 1886.

w kierunku wklęsłości skrzywienia kręgosłupa. Odgięcie to następujące na granicy trzonu i łuków w linii nasadowéj, wywołane jest rozmaitem zachowaniem się trzonu i łuków kręgowych wobec przegięcia bocznego kręgosłupa. Podczas gdy obciążenie głównie na trzony kręgów spada, łuki wobec wygięcia się kręgosłupa w bok nieznacznie tylko w kierunku zbaczających trzonów zmierzają. Odgięcie się korzeni łuków łączy się w wyższych stopniach skolijozy nadto z zmianą kierunku bocznych części trzonów, pociągniętych przez korzenie łuków i w ich ślady zbaczających.

Ścisłe połączenie korzeni łuków z górną powierzchnią trzonów kręgowych pociąga za sobą przy odgięciu się łuków przesunięcie się górnéj połowy trzonu na dolnéj, podobnie jak dzieje się przy skręceniu górnéj powierzchni na dolnéj po uchwyceniu trzonu kręgów w dwoje kleszczy. Zboczenia opisane, a składające się na drugi szereg zmian kręgów skolijotycznych mieni Lorenz torsyją, dodając zarazem, że dotyczy ona saméj kości, wnika wskróś w utkanie kręgów, a nie dokonywa się jako rotacyja w stawach. Właściwy przebieg skośny włókien istoty korowéj, dostrzeżony na trzonach kręgów skolijotycznych, służy Lorenzowi za wyraz dokonanéj torsyi w kości kręgu, o któréj świadczy również zmieniona według jego poszukiwań architektura części gąbczastej trzonów. Prawie równocześnie z Lorenzem doszedł Fischer do tych samych wniosków i usiłował nadto na przekrojach kręgów stwierdzić słuszność swego zapatrywania. Nicoladoni[1]) odniósł zmianę kształtu kręgów wyłącznie do zmienionych warunków wzrostu kości pod wpływem ekscentrycznego obciążenia młodocianego kręgosłupa i ucisku, który rozrastająca się jednostronnie po stronie wypukłości skrzywienia połowa trzonu kręgowego wywiera na część łukową kręgu i wywołuje w ten sposób zboczenie w kierunku wyrostków części łukowéj. Na podstawie nader ścisłych badań preparatów anatomicznych skolijozy zaprzeczył Nicoladoni istnieniu torsyi i dowiódł na przekrojach kostnych, że architektura istoty gąbczastéj nie przemienia się bynajmniéj w myśl przypuszczonéj torsyi utkania kostnego, a właściwe ułożenie skośne włókien blaszki korowéj trzonów zawisło od przebiegu powięzi podłużnéj przedniéj kręgosłupa. Nicoladoni wykazał nadto na przekrojach kręgosłupa skolijotycznego osób młodocianych, że zaburzenia wzrostu, wywołane jednostronnem obciążeniem kręgosłupa, objawiają się zmianami w fugach chrząstek nasadowych, które polegają na rozszerzaniu się nieregularnem pola chrzęstnego po stronie wklęsłéj skrzywienia skolijotycznego, na opóźnieniu się kostnienia po téjże stronie, podczas gdy połowa trzonu po stronie wypukłéj skolijozy położona, okazuje chrząstkę nasadową wprawdzie większą, ale prawidłowo ukształtowaną i proces kostnienia znacznie posunięty w porównaniu ze stroną przeciwną. Niewątpliwie zarzuty podniesione przeciw teoryi torsyjnéj Lorenza słuszność mają za sobą, jeżeli uwzględnimy, że mechanizm przez niego przyjętéj torsyi objaśniony na przykładzie kręgu piersiowego wraz z całym pierścieniem żebrowym, każe upatrywać przeważnie w oporze żeber siły, zatrzymującéj łuki w linii środkowéj, gdy trzon pod wpływem obciążenia przechyla się w bok; w kręgosłupie lędźwiowym przeto, gdzie siły téj opornéj żeber brak, powstanie torsyi i nieodłączne od niéj odgięcie się łuku względem trzonu na téj drodze wytłumaczyć się nie daje. Zważywszy nadto, że gruntowne badanie anatomiczne kręgów skolijotycznych nie wydały żadnych wskazówek za torsyją utkania kostnego przemawiających, a z drugiéj strony zmiany napotkane w stawach żebrokręgowych z mechanizmem torsyi pogodzić trudno, przyznać trzeba, że teoryja torsyjna Lorenza lubo zręcznie i w łatwy sposób tłumaczy zaburzenia kręgów skolijotycznych, dla braku ścisłych dowodów anatomicznych w podstawie swéj jest zachwianą.

Zboczenia anatomiczne w przebiegu skolijozy przypominają nie mało zniekształtnienie kości wyradzające się w przebiegu *genu valgum*. Analogicznie jak to skrzywienie rozgrywa się nie w nasadzie, lez w trzonie saméj kości na jéj granicy nasadowéj, tak też w przebiegu skolijozy punktu wyjścia asymetryi kształtu szukać należy na miejscu przejścia trzonu w chrząstkę nasadową, a nasadzie saméj, t. j. łukowi wraz z szeregiem wyrostków, przyznać jedynie bierne zastosowanie się do zmienionego kształtu trzonu kości. Skutkiem niejednostajnego rozwoju trzonu w kierunku jednéj a drugiéj chrząstki nasadowéj przychodzi do wygięcia się trzonu w kierunku wypukłości skolijozy, wyradza się skośność powierzchni nasadowych trzonu, na któréj skośne ułożenie zająć muszą prawidłowe łuki kręgów.

Różnice występujące w obrazie skrzywienia dokonanego tłomaczą się z jednéj strony budową kręgosłupa i szeregiem kości, ulegających w przebiegu skolijozy skrzywieniu, z drugiéj zaś strony zmianami, które skutkiem rychło dołączającéj się kontraktury występują w stawach kręgowych pod wpływem nadmiernego ucisku trwałego i prowadzą do zaniku końców stawowych. Zaznaczenia podobnych zmian w przebiegu *genu valgum* dopatrzeć się nie trudno w spłaszczeniu kłykcia zewnętrznego, w zaniku chrząstki po stronie zewnętrznéj, przeważnie obciążonéj. Wystąpienie skrzywień kręgosłupa wtórorzędnych czyli kompensacyjnych odnosi się jedynie do wyrównania zaburzonéj pierwszem wygięciem równowagi.

O ile zboczenia w *genu valgum stat.* występujące znalazły dostateczne wyjaśnienie w anatomicznych badaniach Mikulicza, który wykazał szeregiem preparatów zgrubienie i wygięcie kości po stronie wolnéj od ucisku, jakoteż mikroskopowo wykrył zaburzenia w pasie granicznym trzonu i nasady kości, polegające na rozszerzeniu się chrząstek nasadowych kosztem strefy bujającéj i na zmienionym typie rozrastania się komórek chrząstki nasadowéj, o tyle niedostaje skolijozie właśnie anatomicznych poszukiwań i wyników tychże i wczesnych i dalszych okresów skrzywienia kręgów skolijotycznego, które mogłyby posłużyć za podstawę do wyśledzenia przebiegu zboczeń w skończonéj formie dotąd przeważnie obserwowanych. Zachowanie się chrząstek nasadowych począwszy od okresu zaczątkowego, aż do kresu rozwoju kości kręgowych, przebieg kostnienia i właściwość utkania kostnego kręgów w ciągu wzmagającéj się skolijozy rozstrzygnąć mogą, czy przypuszczana powszechnie plastyczność kości w żywo rozrastającym się kręgu nie wychodzi po za granicę fizyjologicznéj giętkości, czy też tłem jéj są nieprawidłowości w okresie bujania kości kręgosłupa?

Brak dostatecznego materyjału anatomicznego mimo częstości, w któréj się pojawia skolijoza, utrudnia i przewleka stanowczo wyjaśnienie tego pytania: w każdym razie wytknięty tor badaniu ścisłą i prostą kreśli do rozwiązania drogę.

Z wyjaśnieniem téj wątpliwości wiąże się ściśle rozstrzygnięcie sposobu powstawania skolijozy habitualnéj (nawykowéj), co do któréj szereg postawionych teoryj zupełnego zadowolenia nie przynosi, bo jakkolwiek przeważna ich liczba

[1]) *Die Architectur der scoliotischen Wirbelsaüle*, Wien, 1889.

mieści w sobie zapewne niejeden wpływowy czynnik genetyczny, to jednak żadna z nich, jak długo kres badań anatomicznych osiągnięty nie będzie, nie może wznieść się po nad wartość domysłu. Droga eksperymentu podjęta przez Huetera dla wywołania sztucznie skolijozy, który na poparcie swéj teoryi wycinał królikom kawałki chrząstek żebrowych, zawiodła, a z nią razem przepadła możliwość rozwiązania genezy skolijozy sposobem bezpośredniego doświadczenia. Dotąd przeto w kierunku powstania skolijozy habitualnéj znane poglądy nie wznoszą po za granicę przypuszczeń, a często nie stoją nawet na wysokości wyników anatomicznych poszukiwań.

Teoryja zaburzenia równowagi w czynności mięśni grzbietowych znalazła liczne koło wyznawców, którym wpływ silnych mięśni na tylnéj ścianie tułowia przebiegających na powstanie skrzywień kręgosłupa obojętnym pozostać nie mógł. Ze znaczeniem tego czynnika liczą się też Guérin, przypuszczający skurcz mięśni po stronie wklęsłéj wygięcia skolijotycznego, Stromeyer i Werner przypisujący silniejszéj akcyi *m. Serratus anticus* po prawéj stronie powstanie skolijozy, jakoteż Malgaine, który upatruje w nadmiernem natężeniu więzadeł wobec znużenia mięśniowego i następowem tychże zwiotczeniu przyczynę skolijozy habitualnéj. Eulenburg odnosi powstanie i ustalenie się skolijozy habitualnéj, wznieconéj nieodpowiedniem wygięciem w bok kręgosłupa, które występuje skutkiem ułożenia ciała przy pewnych zajęciach, skutkiem nawyknienia, instynktu albo skłonności, również do zmienionego działania mięśni i uważa mięśnie po stronie wypukłéj skrzywienia skolijotycznego za upośledzone w czynności, rozciągnięte, podczas gdy mięśnie po stronie wklęsłéj krzywizny działają prawidłowo. Zmiany anatomiczne napotykane w mięśniach wypukłéj strony skrzywienia kręgosłupa, które jako następowe uważać należy, dowodzić miały słuszności twierdzenia Eulenburga. Zwolennicy mięśniowéj teoryi skolijozy habitualnéj zwalczeni donośnemi zarzutami, nie wyrzekli się jeszcze w zupełności téj myśli, że mięśnie odgrywać mają podrzędną tylko rolę w powstawaniu skolijozy. Wpływ korzystny gimnastyki leczniczéj celem skrzepienia mięśni zastosowanéj upewnia ich tem więcéj w tem przekonaniu, którego wyraz spotkać można w rozprawie Nebla[1]), ogłoszonéj po ukazaniu się monografii Lorenza, odmawiającego mięśniom i gimnastyce tychże jakiegokolwiek wpływu na przebieg skolijozy.

Na zjeździe chirurgów w Berlinie r. 1886 Landerer przedstawiając wyniki leczenia skolijozy habitualnéj mięsieniem, wypowiedział nowy pogląd na powstanie skolijozy, przypuszczając właściwe rozłożenie mięśni po obu stronach kręgosłupa, które podobnie jak liny masztowe, utrzymują go prawidłowo w położeniu prostem. W razie zaś, gdy zwiotczeje mięsień po jednéj stronie, kręgosłup podobnie jak maszt przechyla się w stronę przeciwną, skoro zwolnieje lina przedtem naprężona należycie. Landerer przeto odwrotnie jak Guérin przypuszcza zwolnienie, a nie skurcz mięśni po stronie wklęsłéj skrzywienia skolijotycznego. W dyskusyi nad tym przedmiotem spotkał się Landerer z ostrzeżeniem Volkmanna, aby nie powodował się zbytecznie teoryją mięśniową, gdyż mechaniczne czynniki wiodące do powstania skolijozy są nierównie więcéj skomplikowane.

Hueter, którego badania nad rozwojem form fizyjologicznych ludzkiego skieletu stanowią dotąd cenny przyczynek do studyjum chirurgii, rozwinął dla powstania skolijozy naukowéj teoryję, którą nazwał teoryją rozrostu, a za jéj punkt wyjścia postawił zdanie, że symetryczny wzrost klatki piersiowéj i kręgosłupa wywołuje przeobrażenie się ich formy płodowéj w formę wykształconą człowieka dorosłego, asymetryczny zaś rozwój klatki piersiowéj i kręgosłupa prowadzi do skolijozy, powstającéj wyłącznie w okresie rozrostowym. Skutkiem opóźnienia w przemieszczeniu się płaszczyzny kostniejącéj żebra po jednéj stronie z bocznéj na przednią ścianę klatki piersiowéj, rozrasta się żebro odpowiednio do ułożenia czołowego téj płaszczyzny na scianie bocznéj w kierunku strzałkowym, a to pociąga za sobą zmiany w kształcie, rozrastającego się w kręgu tak, że po stronie nieprawidłowego rozwoju żeber krąg wzrasta w kierunku strzałkowym, po stronie przeciwnéj zaś w kierunku czołowym, odpewiednio znów do ustawienia się chrząstek nasadowych trzonu, które zawisło od ucisku wywartego ku tyłowi przez rosnące żebro. Zaburzenia sprowadzone w ten sposób w kształcie rozrosłych kręgów, składają się na wytworzenie skrzywienia kręgów, skolijozy, któréj odmawia też Hueter zupełnie wspólnictwa z rotacyją albo torsyją, a zboczenia pozorne w tym kierunku uważa za następstwo asymetryi kręgów. Głównym zarzutem, który wymierzono przeciw teoryi Huetera jest ta okoliczność, ze tłomaczy ona powstanie skolijozy jedynie w odcinku piersiowym kręgosłupa i to środkowéj jego części, gdzie żebra tworzą z kręgami pierścień zamknięty, w kręgosłupie zaś lędźwiowym, gdzie również często skolijoza ma miejsce, do wytłomaczenia jéj się nie nadaje. Pominąwszy już sprzeczność, którą zwłoka w przemieszczeniu się linij kostniejących i równoczesne wygórowany, szybki rozrost tegoż samego żebra w sobie mieszczą, teoryja Huetera nie może wytrzymać próby praw fizycznych, które nie dopuszczają wywarcia ucisku jakiemkolwiek ciałem tak, aby jeden tylko jego koniec zostawał pod tegoż wpływem, jak w teoryi Huetera, gdzie w końcu przednim chrząstkowym żeber ucisk rozrostowy tychże nie wywiera działania.

Wykrycie fizyjologicznego skrzywienia w bok, które ma towarzyszyć stale wygięciom tegoż w przód i ku tyłowi, posłużyło do wzniesienia teoryi, wywodzącéj skolijozę wprost ze wzmożenia się tych prawidłowych stosunków. Istnienie fizyjologicznéj skolijozy jednak, dla któréj przyczyny szukano w lewostronnem ułożeniu aorty, w przeważnem użyciu kończyny górnej prawéj, w znaczniejszym ciężarze trzew brzusznych po prawéj stronie, lub w silniejszym rozroście prawéj połowy ciała, zadały cios stanowczy badania Adamsa, a według poszukiwań Lorenza, rozchodzi się tu jedynie o przypłaszczenie lewéj połowy trzonów w odcinku piersiowym kręgosłupa, które sprawia złudne wrażenie skrzywienia bocznego. Zresztą, przyjąwszy nawet wątpliwe wygięcie kręgosłupa boczne w warunkach fizyjologicznych, szukać potrzeba innych jeszcze czynników, które stan ten prawidłowy zdolne są podnieść do stopnia skrzywienia chorobowego, psującego kształt i postawę ciała, a pod tym względem teoryja fizyjologicznéj skolijozy żadnych trafnych wyjaśnień nie przynosi. Obojętnem więc dla genezy skolijozy będzie, czy kręgosłup normalny wolny jest od nieznacznego wygięcia w bok, bo istnienie tegoż nie zmienia wcale warunków i przyczyny jéj rozwoju. (C. d. n.)

---

[1]) *Betrachtungen über Skoliose Deutsch med. Wochsch.* 1887, Nr. 26 i następ.

## II. O tamowaniu czynności fizyjologicznych w ustroju zwierzęcym.

Wykład habilitacyjny wypowiedziany dnia 18-go maja 1889 roku przez

Dra Gustawa Piotrowskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 28).

Wszystkie inne teoryje objaśniają tamowanie sprawami, zachodzącemi w komórkach zwojowych, które podług nich niezbędne są, aby to tamowanie odbyć się mogło.

Goltz twierdzi, że powstaje ono wskutek tego, że jeden z dwóch działających bodźców obniża pobudliwość komórki, nie podaje jednak zupełnie, w jaki sposób.

Heidenhain przypuszcza, że skutek pobudki zależy od tego, czy komórka jest w stanie spoczynku, czy też w czynności; zwiększa ona zawsze stan mniéj rozwinięty, a więc w komórce w spoczynku stan czynny, w komórce zaś czynnéj zatamowanie.

Gad nie przyznaje spokoju, nieczyności komórki; twierdzi on razem z Virchowem, że komórka zwojowa zawsze jest czynna, tylko w różny sposób. Czynność jéj objawia się już to jako odżywianie, już to jako funkcyja, już też wreszcie jako kształtowanie — w razach zaś, gdzie mówimy o tamowaniu, jedna z tych czynności, a mianowicie odżywianie, gromadzenie sił zapasowych jest na pierwszym planie, kosztem innych.

Cyon rozwijając myśl Klaudyjusza Bernarda, określa tamowanie jako interferencyję fal podniet, działających równocześnie na komórkę zwojową. Fale albo się wzmacniają, albo znoszą, zależnie od kąta, jaki tworzą włókna doprowadzające z drugiem włóknem czuciowem, oraz odchodzącem ruchowem.

Wundt w swojéj teoryi również wspomina o interferencyi podniet, jednak w zupełnie innem znaczeniu i wyraźnie dodaje, że nie rozumie przez to interferencyi oscylacyjnych ruchów podniety, na wzór fal świetlnych lub dźwiękowych. Teoryja jego, jako najdaléj idąca i najwięcéj rozwinięta, zasługuje na szczegółowe uwzględnienie.

Molekuły tak nerwów, jak i komórek zwojowych wykonywają podług Wundta dwojaką pracę, mianowicie dodatnią (*positive*), objawiającą się jako skurcz mięśnia, wydzielanie i t. d. i ujemną (*negative Arbeit*), która usiłuje powstrzymać, związać pracę powyżéj wymienioną. Podczas podrażnienia zwiększają się obie te prace, czyli odbywa się podniecanie i tamowanie, w różnym jednak stopniu, zależnie od wielu warunków. Odnośnie do tego, która przeważy, powstaje czynność n. p. mięśnia lub gruczołu, albo też zatamowanie czynności. Przykład przewagi tych odmiennych prac podaje Wundt w zmianach w nerwie pod wpływem przepuszczania prądu stałego przy biegunie dodatnim i ujemnym. (*an — i katelectrotonus*).

Powiedzieliśmy, że przewaga jednéj lub drugiéj pracy zależy od różnych warunków. Wundt podaje je w następujący sposób, odnośnie do tamowania odruchów: Jeżeli dwie podniety spotykają się na drodze czuciowéj i powstaje interferencyja, (różna od interferencyi fal świetlnych, dźwiękowych i t. d.), któréj skutek zależy: 1) Od stadyjum, w którem się jedna podnieta znajduje, gdy druga zaczyna działać; jeżeli mięsień pod wpływem jednéj podniety jest w skurczu, lub skurcz ten dopiero co ustał, wtedy podniety się wzmagają; jeśli zaś pierwsza trwała już czas dłuższy, to następuje tamowanie. 2) Od siły podniety; silne podniety interferencyjne łatwiéj tamują aniżeli słabe. 3) Od położenia drażnionych włókien nerwowych: włókna czuciowe, które pierwotnie należą do tego samego pnia nerwowego, słabiéj tamują, a względnie łatwiéj wzmacniają podniety, aniżeli włókna odchodzące po drugiéj stronie rdzenia, lub też w różnéj wysokości. 4) Od stanu narządów ośrodkowych — im on prawidłowszy, tem łatwiéj następuje zatamowanie odruchów.

W komórkach zwojowych rozróżnia Wundt dwie sfery; jedna środkowa, wykonywa pracę ujemną, a więc gromadzi pracę zapasową, druga obwodowa zaś jest siedzibą pracy dodatniéj. Obie te sfery nie są ściśle od siebie odgraniczone, przechodzą w siebie zwolna i oddziaływają wzajemnie na siebie, otrzymując z zewnątrz podnietę. Od tego, czy przeważy podnieta działająca na sferę środkową, czy też na obwodową, zależy większe lub mniejsze wkraczanie działania jednéj z tych sfer w pozostałą, a więc wykonywanie pracy dodatniéj, czynności, lub też ujemnéj, zatamowania.

To samo stosuje się do zwojów obwodowych serca, naczyń krwionośnych i jelit. W sercu n. p. nerwy przyspieszające kończą się w sferze obwodowéj komórek zwojowych, nerwy zaś tamujące w środkowéj. Wundt więc nie uznaje potrzeby dwojakiego rodzaju komórek zwojowych, t. j. ruchowych i tamujących.

---

Jak widzimy, teoryje Gada, Heidenhaina i Wundta spotykają się ze sobą we wielu punktach. Nie będziemy rozbierać krytycznie poglądów różnych badaczy na sprawy zachodzące w komórkach zwojowych przy tamowaniu, zapytamy się raczéj, o ile uzasadnionem jest to wyłączne przypisywanie zwojom własności tamujących? Otóż znajomość nasza działania tych komórek, zdobyta drogą doświadczalną, jest nader szczupła — tyle tylko prawie możemy o nich powiedzieć, że jeżeli wkluczone są w drogi nerwowe, to stan czynny doznaje w nich zwolnienia i osłabienia do pewnego stopnia, wszystkie zaś inne własności, szczególnie wyższe, przyznajemy komórkom zwojowym dla tego, że ich nie posiadają inne dokładniéj znane składniki układu nerwowego, bezpośrednio ich jednak nie udowodniono. Przypuśćmy atoli, że tamowanie na drodze odruchowéj, gdzie podnieta musi komórki zwojowe napotkać, od nich jest zawisłe, to inaczej jednak rzecz się ma z tamowaniem obwodowem, jak w sercu, naczyniach i jelitach. Automatyczne ruchy serca zależą, jak większość przypuszcza, od zwojów w ścianach mięśnia sercowego, mianowicie ruchowych i tamujących, w których się kończą nerwy regulujące działanie serca. Tym to zwojom zawdzięcza serce rytmiczne bicie nawet po wycięciu z ustroju, posiadają one bowiem takie same własności jak zwoje ośrodków, ztąd też nawet ich nazwa ośrodków obwodowych. Jeżeli będziemy odkrawać ze serca kawałek za kawałkiem, to dojdziemy w końcu do tego, że bić przestanie, gdyż odłączyliśmy okolice, w których się one znajdują, reszta zaś, mianowicie koniuszek serca, nie posiada ich, więc nie jest w stanie ruchów miarowych wykonywać. Czy jednak możemy uważać za przekonywające zjawisko, otrzymane przy tak ciężkiem uszkodzeniu narządu? W końcu i to zjawisko nie jest stanowczo udowodnionem, wielu bowiem autorów widziało, że część koniuszkowa serca biła, a badanie mikroskopowe nie wykazało w niej obecności zwojów. Brak ich również zupełnie w sercu zarodkowem, które mimo to działa zupełnie rytmiczne.

Gdybyśmy nawet chcieli jeszcze przyznać omawiane własności komórkom zwojowym serca, to znów w teoryi dzia-

łania nerwu błędnego wiele braków znajdziemy. Tutaj powtarza się zawsze utarte zdanie, iż nerw błędny tamuje wskutek tego, że podnieca zwoje tamujące, w których się kończy, żaden jednak z histologów nie wykazał stanowczo, o ile mi wiadomo, związku między nerwem błędnym a jakąś specyjalną grupą komórek zwojowych; przypuszczanie zaś dwojakiego rodzaju komórek zwojowych przyspieszających i tamujących jest zupełnie dowolne, jak to n. p. widzimy u Wundta, który tylko jeden rodzaj uwzględnia, bo mu to zupełnie wystarcza do jego teoryi tamowania. Jest to najlepszym dowodem braku pozytywnéj, doświadczalnéj podstawy.

Jeszcze słabiéj uzasadniona jast rola i udowodnione istnienie zwojów w naczyniach. Pomijając liczny szereg dowodów przeciw teoryi zwojowéj w odniesieniu do naczyń, mamy całe obszary tętnic, gdzie stanowczo wykazano brak komórek zwojowych. Tak samo i w przewodzie pokarmowym działanie ich fizyjologiczne jest jeszcze nader zagadkowem.

Dla czegóż więc mielibyśmy z takim uporem obstawać koniecznie przy zwojach obwodowych, jako niezbędnych czynnikach przy tamowaniu? Wszakże widzimy, że najniższe ustroje nie posiadają zupełnie nie tylko komórek zwojowych, lecz całkowicie narządu nerwowego, a mimo to wykonywają ruchy, a co zatem idzie i tamują je także. Lecz nie potrzebujemy tak daleko szukać, wszak w naszym ustroju moczowody wykonywają ruchy robaczkowe, jak to Engelmann wykazał, bez żadnego współudziału nerwów. Tu więc protoplazma mięsne posiada własności, które w innych razach przypisujemy zwojom obwodowym, mianowicie wysyłania podniet i tamowania ich. Możność tę przypuszczał Rossbach co do mięśnia sercowego, Bernstein zaś z nieśmiałością i niejasno co do mięśni naczyń, przypisując im „pewne własności obwodowe.“

Że do tamowania komórki zwojowe nie są konieczne, wykazali wreszcie z wszelką stanowczością Biedermann i Pawłow, pierwszy na szczypcach raka, drugi na mięśniach gładkich i nerwach muszli (*anodonta*) i udowodnili, że wśród pewnych warunków podrażnianie nerwów nie sprawia skurczu mięśni, lecz przeciwnie rozkurcz. Muszla n. p. posiada dwojakiego rodzaju nerwy, z których jedne wywołują skrócenie mięśni, skurcz, inne zaś wydłużenie, czyli rozkurcz, a zatem zatamowanie czynności przy zupełnym braku zwojów. Tutaj więc mamy zjawiska tamowania bez ośrodków, bez zwojów obwodowych, w preparacie składającym się wyłącznie z nerwów i mięśni. Tem samem upada zupełnie mniemanie, jakoby tamowanie było wyłączną własnością zwojów, czy to ośrodkowych, czy też obwodowych. Oczywiście, że ani doświadczenia Pawłowa, ani Biedermanna nie rozstrzygają zupełnie sprawy tamowania, wskazują jednak nową drogę do poszukiwań w tym kierunku.

---

Tak więc widzimy, że ani teoryja mechaniczna, ani też przypisująca własności tamujące zwojom, nie są dostateczne do objaśnienia nam w zupełności tego zjawiska. Niestety wykazując braki tych teoryj nie jesteśmy w możności przy dzisiejszym stanie nauki podać teoryi ogólniejszéj, którąby obejmowała wszelkie zjawiska tamowania. Naszem zdaniem bardzo nawet być może, iż pewna część zjawisk, szczególnie tamowań obwodowych, przy dalszym rozwoju nauki da się odnieść do przyczyn mechanicznych, jak to twierdzi Schlösser, gdzie więc o właściwem tamowaniu nie ma mowy, przyczyny zaś innych trzeba będzie szukać w ośrodkach, a więc w szaréj istocie mózgu i rdzenia, w końcu zaś w samemże pierwoszczu mięsnem, czyli, że zjawiska, dziś podciągane pod ogólny dział tamowań, trzeba też będzie przenieść w różne dziedziny. Do tego jednak trzeba faktów, faktów pewnych, niezbitych, których wielki brak dotąd niestety. Podaliśmy ich wprawdzie dość poważną liczbę, jednak dla braku czasu prawie zupełnie bezkrytycznie, a trzeba wyznać, że wiele, może przeważna część wymaga bardzo ścisłego przejrzenia i stwierdzenia, co do wielu zaś przekonaliśmy się sami o ich nieprawdziwości.

W badaniach tych należałoby przedewszystkiem zwrócić uwagę na rodzaj podniety. Mamy już wiele dowodów, że skutek zależy od tego, w jaki sposób podniecamy, a więc czy mechanicznie, czy chemicznie lub termicznie, wreszcie elektrycznie. Ten ostatni sposób najwięcéj wydoskonalony i może najściślejszy, dalekim jest jednak od tożsamości z fizyjologicznem podniecaniem i przedstawia wielkie różnice, odnośnie do zastósowania. Nie mówię już o prądach stałych, gdzie tak wybitna jest różnica zależna od kierunku, przechodzę zaś wprost do prądów indukcyjnych. Ależ i tu różnica kierunku także się zaznacza, a jeszcze więcéj różnica siły i częstości uderzeń. Gdybyśmy chcieli zaczerpnąć przykładów z zakresu tamowania, to mamy je w doświadczeniach n. p. Legrosa i Onimusa, którzy spostrzegali przyspieszanie i wzmocnienie akcyi serca przy podrażnieniu nerwu błędnego uderzeniami powtarzającemi się w dość wielkich odstępach czasu, zbliżonemi do fizyjologicznéj podniety, podczas gdy częściéj powtarzające się uderzenia prądu indukcyjnego sprowadzały zatamowanie. Na téj podstawie nawet tak co do nerwu błędnego, jak i analogicznych nerwów rozszerzających naczynia utworzyli nader nieszczęśliwą teoryję.

Niektórzy autorowie widzieli rozszerzenie naczyń kończyny przy podrażnieniu nerwu kulszowego pojedyńczemi uderzeniami prądu indukcyjnego, powtarzającemi się co jedna, dwie, trzy, a nawet pięć sekund, podczas gdy prądy silniejsze i częstsze uderzenia zwężały naczynia.

Z rozlicznych przykładów, które mógłbym przytoczyć, wspomnę tylko jeszcze o pracy Wedeńskiego, który doszedł do przekonania, że maximum skurczu nie jest zależnem od siły prądu, lecz pewnego stosunku tejże z ilością uderzeń, który nazywa *optimum* podniety. Osłabienie prądu indukcyjnego może w pewnych razach wywołać wzmocnienie skurczu, podczas gdy przeciwnie potęgowanie prądu może skurcz zmniejszyć, gdy się należytéj częstości uderzeń dobierze. Zależy to także od stanu, w jakim się mięsień znajduje, czy jest on wypoczęty, czy też znużony. Stan narządu jest też nader ważnym czynnikiem, z którym się liczyć należy w badaniu zjawisk tamowania. Nerw kulszowy prawidłowy zwęża np. podług pewnych badaczy naczynia kończyny przy podrażnieniu prądem indukcyjnym, podczas gdy tenże sam prąd zastosowany na nerw do pewnego stopnia zwyrodniały, sprawia rozszerzenie. Podobnie różny skutek ma się osiągnąć podług Bernsteina, zależnie od tego, czy naczynia są ogrzane wodą gorącą, czy też oziębiane lodem. Badania Mareya, Tarchanowa i innych wykazują, że istnieją bardzo wielkie różnice co do skutku przy podrażnieniu serca bądź bezpośrednio, bądź przez nerw błędny w różnych okresach ewolucyi. To samo udowadnia Wedeński co do oddechania, a jak już nadmieniliśmy i co do nerwów i mięśni, co też badania Biedermanna potwierdzają.

Jednem słowem najwięcéj sobie możemy obiecywać po modyfikowaniu z jednéj strony podniety pod względem jakości, częstości, siły i kierunku, z drugiéj zaś rozmaitych wa-

runków, wpływających na stan narządu badanego. Tak zaś jak dzisiaj nasze wiadomości fizyjologiczne i w ogóle wiedza przyrodnicza stoi, możemy jedynie wypowiedzieć, że tamowanie, gdziekolwiekby się ono odbywało, czy w komórkach zwojowych, czy też w nerwach lub samem pierwoszczu mięsni, nie jest nigdy, jak to często czytać można, zniesieniem stanu czynnego. Materyja jest niespożyta, zmienia tylko swój kształt, ugrupowanie atomów, tak samo też i energia nie ginie, nie może być zniesioną, a zmienia jedynie swe objawy. Tak samo też i energia molekułów nerwów, mięśni lub komórek zwojowych, jednem słowem energia komórek, ruch lub stan czynny, — jak kto chce powiedzieć, — nie może być zniesionym, lecz jedynie zmienionym w inny rodzaj jakiś tego ruchu, tej siły. Dla tego też w poprzednio wypowiedzianem określeniu tamowania używaliśmy wyrazu „zmiana stanu czynnego“, a nie zniesienie. Obecnie moglibyśmy zmodyfikować to określenie, analogicznie do zamiany energii ruchu (kinetycznéj) w spoczynkową (potencyjalną) w ten sposób, że; „Tamowanie jest to zamiana stanu czynnego, ujawniającego się na zewnątrz, w stan czynny więcéj ukryty. Nie będziemy się nawet silić określać bliżéj istoty tego ukrytego stanu czynnego, jak to robił Gad, a przedewszystkiem Wundt. Zanimbyśmy mogli mówić, czy ukryty stan czynny objawia się jako gromadzenie sił zapasowych, odżywianie, lub w inny jakiś sposób, trzebaby poznać istotę stanu czynnego pojmowanego w zwykłem znaczeniu, a więc wywolującego jakąś funkcyję, n. p. skurcz mięśnia, działanie gruczołu i t. d. Wprawdzie wyobrażamy sobie obecnie, a przynajmniéj wielu fizyjologów, ten stan czynny jako ruch, jednak istoty tego ruchu nie znamy zupełnie, a cóż dopiero mówić o istocie zamiany tego ruchu w inny! Jak na dziś, wszystko cobyśmy tu mogli powiedzieć, byłoby tylko obrazowaniem, uzmysłowieniem dobrem bardzo dla lepszego utrwalenia sobie w pamięci, niewinnem dopóki myśl nie przyzwyczai się do tego obrazowania, nie bierze go za istotne tłómaczenie i nie staje się to, że się tak wyrażę, przesądem naukowym. Wtedy niewinny ten środek zamienia się w niebezpieczny, a podawanie z góry obrazowanego omówienia za istotną teoryję, jest wprost szkodliwem, bo nie dając właściwie niczego, usypia myśl, a postęp nauki tamuje.

## III. Oceny i sprawozdania.

### Chemija lekarska.

† Dr. Crismer zaleca dla wykrycia cukru w moczu używać safraniny. Bierze się 1 k. cm. moczu, 5 k. cm. 1% rozczynu safraniny i 2 k. cmtr. rozczynu wodnika potasowego, miesza się to i gotuje, jeżeli ciecz się odbarwi, to znaczy, że mocz zawiera cukier w ilości przewyższającéj prawidłową. Odczynnik ten ma przewagę nad płynem Fehlinga z tego względu, że nie odbarwia się kwasem moczowym, kreatyną, chloralem, chloroformem, dwutlenkiem wodu i solami hydroksylaminy, które odtleniają rozczyn Fehlinga. Chloral i chloroform zmniejszają wprawdzie czerwone zabarwienie płynu, ale nigdy w zupełności go nie odbarwiają. Odwrotnie, białko odbarwia rozczyn powoli, ale w zupełności. (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*. Kwiecień).

### Patologija.

Finger: (Wiedeń): **O t. zw. brodawce trupiéj,** *Tuberculosis verrucosa cutis,* **o jéj stosunku do liszaja żrącego i gruźlicy.**

Jako dowód gruźliczéj przyrody brodawki trupiéj przytacza F. następujący przypadek: 41-letni malarz umiera wskutek ogólnéj gruźlicy. Na lewem przedramieniu i na grzbiecie ręki znajduje się pięć brodawkowatych wybujałości, od 20 lat istniejących z wszystkiemi cechami brodawki trupiéj. Badanie drobnowidowe wykazuje typowe gruzełki prosówkowe, jako też obecność prątków gruźliczych i koków. W końcu rozprawy swéj przychodzi autor do wniosku, że zdarzające się u lekarzy zaszczepianie jadu gruźliczego sprowadza gruźlicę skórną, która w zasadzie różni się od gruźliczych owrzodzeń skórnych, pod względem zaś klinicznym i anatomicznym bardzo zbliżone są do *Lupus verrucosus*; mogą po nich występować objawy ogólne. (*Deutsch. med. Wochenschrift*).

*Dr. Baschkopf.*

† Dr. Kriwusza zbadawszy 6 trupów podaje następujące zmiany, które występują przy gnilcu w szpiku kostnym, śledzionie i gruczołach limfatycznych. W szpiku kostnym: 1. Przemiana na szpik czerwony, rzadziéj galaretowaty. 2. zwyrodnienie ćmawe śródbłonka naczyń włoskowatych. 3. Naciek barwikowy, pochodzący od krwotoków i 4. Zanik istoty korowéj i gąbczastéj kości. W śledzionie: 1. Niekiedy większa zbitość niezależna od ogólnego zastoju żylnego i 2. Bardzo częste nasiąknienie barwikowe. Wreszcie w gruczołach limfatycznych, znajdujących się w sąsiedztwie miejsc, gdzie się sprawa chorobowa znajdowała: 1. Zgrubienie osłonki, przegród i siatki. 2. Nacieczenie tłuszczowe i barwikowe i 3. Bujanie śródbłonka w naczyniach włoskowatych i drobnych tętniczkach. (Dysertacyja 1888), *Wracz* 1889, Nr. 16.

### Terapija.

Patschkowski (Berlin) opisuje w *Berliner klinische Wochenschrift* 1889, Nr. 19 przypadek stwierdzony sekcyją, w którym zeszły się trzy ciężkie choroby, kiła, uwiąd rdzenia pacierzowego i rak żołądka. Na uwagę zasluguje, że istniały za życia krwotoki z żołądka, a po śmierci nie znaleziono żadnéj powierzchni wrzodziejącéj, że przyszło krótko przed śmiercią do pęknięcia ściany żołądka nie w miejscu nowotworowo zwyrodniałem, lecz w ścianie niedaleko raka bardzo zanikłéj. Ze wszystkich leków kojących najlepiéj jeszcze uśmierzał bóle fenacetyn kilka razy dnia po 0·50 podawany. Wewnętrznie podawał nadto P. choremu olej terpentynowy w kleiku owsianym trzy razy dziennie po 10 kropli. Temu leczeniu przypisuje P., że mógł chorego dwa lata przeszło utrzymać przy życiu, ba nawet miał przez pewien czas zauważyć zmniejszanie się guza.

*Dr. Kraus.*

### Choroby wewnętrzne.

Proff. Hayem i Tissier: **Do znajomości gruźlicy osierdzia.**

Odwołując się do dawniejszych przez Rousseau'a i Vierordta opisanych przypadków, usiłują autorowie wysnuć na podstawie dwóch przypadków Steinberga i jednego własnego obraz anatomiczny i kliniczny téj choroby. Wprawdzie nie napotkano prawie oddzielnéj zupełnie gruźlicy osierdzia, natomiast nie tak rzadko występować mają postacie chorobowe, w których przy zajęciu gruźliczem innych narządów, główną uwagę badającego na siebie zwraca zapalenie osierdzia na tle gruźliczem. Niestety symptomatologija tego cierpienia tak mało jeszcze jest znaną, że i w przytoczonych przypadkach dopiero po śmierci cierpienie rozpoznać zdołano.

Przy anatomiczno-histologicznem badaniu większéj części opisanych przypadków napotykano całkowity zlep obydwu blaszek osierdzia za pomocą kilkumilimetrowéj błony wrzekoméj, zawierającéj liczne gruzełki obfitujące w łaseczniki. Nigdy nie napotkano rozleglejszego zserowacenia. Mięsień sercowy bywał prawie niezmieniony, z wyjątkiem przerostu tkanki łącznéj, bujającéj szczególnie w otoczeniu tu i owdzie zakrzepami zajętych naczyń. Stale napotykano zwyrodnienie serowate obok znacznego powiększenia gruczołów chłonicowych u podstawy serca i wnęki płucnéj, co za tem przemawia, że te zmiany gruźlicze w gruczołach są punktem wyjścia gruźlicy osierdzia. W przypadku przez H. i J. obserwowanym nastąpiło zakażenie gruczołów prawdopodobnie przez naciek gruźliczy szczytowy, mający przy obdukcyi wejrzenie ogniska zabliźnionego.

Wszystkie dalsze pojawy uważają autorowie za następstwa gruźliczego zapalenia osierdzia. Tu należą: mało rozpostarta gruźlica płuc i opłucny; przesięk opłucnowy obustronny i brzuszny, jako też obrzęki nóg i wątroba muszkatułowa. Powikłania te, polegające na zmianach w krążeniu, miały powstać tak przez osłabienie siły serca, jak i przez ucisk powiększonych gruczołów na większe naczynia. Te zmiany też za życia jeszcze uwagę naszą na serce zwracać mogą. Ze strony samego serca mało tylko wspomnienia godnych objawów na żyjącym stwierdzić możemy. Brak stały wszelkich cech zrostu blaszek osierdziowych; *pulsus para-*

*doxus*, na który uwagę zwraca Weinberg, stanowi objaw zupełnie nie wyłączny dla téj choroby; skurczony podmuch nad końcem serca tylko niekiedy występuje. Prawie zawsze stwierdzić można głuche tony, brak uderzenia końca serca i rytm serca płodowy.

Zarówno jak Vierordt, starają się autorowie znaleźć charakterystyczne objawy w ogólném wejrzeniu i zachowaniu się chorego. Prawie wszystkie dotychczas opisane przypadki dotyczyły ludzi o dość silnéj budowie, którzy poprzód długi czas uskarżali się na osłabienie, zaburzenia w trawieniu i krwawienie z nosa, zanim pierwsze objawy opuchliny ogólnéj u nich wystąpiły. Gorączki jako stałego objawu nie zauważono. Przebieg choroby zazwyczaj bywał krótki. Śmierć występowała w 4—8 miesiącach przez porażenie serca, zakrzepy lub inne powikłania. (*Centralblatt für Bacteriol. und Parasitenkunde* V. 16, 1889). *Dr. Rosenbusch* (Lwów).

## Chirurgija.

Makowiejew: **Przypadek zwichnięcia uda do otworu owalnego.**

Samoistne zwichnienia w stawie biodrowym do otworu owalnego zdarzają się bardzo rzadko, z tego też powodu warunki, wśród których powstają, dotychczas mało są znane. Autor podaje przypadek następujący: Młodzieniec lat 16, średnio zbudowany, udo prawe zgięte pod kątem rozwartym, odprowadzone, wykręcone na zewnątrz i zupełnie nieruchome. Choroba powstała w ten sposób. Przed rokiem chory poczuł nagle ból w prawym stawie udowym, zwiększający się przy poruszeniach, bólowi temu towarzyszyła gorączka, a w okolicy stawu wytworzył się ropień, który po kilku tygodniach przebił skórę i ropa wydostała się na zewnątrz. Choroba wkrótce ustała, ale po niedługim czasie pojawiły się znów bóle w odnodze i kurcze. Udo prawe przyjęło wyżéj opisane położenie i tak pozostało, a z przetoki wydzielała się ciągle ropa. W końcu wrzód się zabliźnił, bóle ustały, a chory z trudnością tylko mógł chodzić. Operacyję wykonał autor w sposób następujący. Po przecięciu skóry i ścięgien mięśni do dużego krętarza się przyczepiających, obnażył kość, za pomocą dłuta przebił szyjkę kości udowéj, a zaokrągliwszy jéj część przy téj kości zostającą na podobieństwo główki, dołączył tutaj odpiłowany pionowo od dużego krętarza kawałek kości, wybił daléj dłutem w dolnéj części miednicy jamkę i wstawił do niéj szyjkę kości udowéj. Główka z częścią szyjki pozostała w ranie u zewnętrznego brzegu otworu owalnego pod panewką.

Rana zagoiła się bez ropienia. Po roku chory, chociaż kulejąc, mógł doskonale chodzić. W tym przypadku przyczyną zwichnięcia było ropienie, połączone z kurczami. O ostatnim czynniku nie ma dotychczas według autora żadnej wzmianki w literaturze. (*Wracz* 1889, Nr. 15). *A. W.*

F. Spaeth: **Nowy sposób leczenia wrzodów przewlekłych.**

Główną przyczyną złego gojenia się i niedostatecznego zabliźniania się wrzodów odrętwiałych jest niedostateczny przypływ krwi do brzegów, utworzonych zwyczajnie z gęstéj twardéj tkaniny. Na takim źle unaczynionym gruncie przychodzi do wytwarzania się tylko słabych granulacyi. Te same stosunki istnieją, jeśli podstawą wrzodu jest rozścięgno. W takich razach okrojenie wrzodu jest zarówno bezskutecznem, jak przeszczepienie. Nowy sposób leczenia S. polega na rozległem rozcięciu podstawy wrzodu tak, aby części przecięte znacznie od siebie odstawały. Przez zatamowanie krwi i opatrunek jodoformowy osiągnąć można bujne tworzenie się ziarnin, które szybko prowadzi do zabliźnienia. (*Centralblatt f. Chir.* 1888, Nr. 14). *Dr. Baschkopf.*

## Okulistyka.

Dr. Jan Przybylski: **Nieopisany dotąd pasorzyt oka.**

Na ostatnim zjeździe lekarzy w Petersburgu kol. P. przedstawił opis, objaśniony kilkoma kolorowanemi rycinami, żyjącego pasorzyta na dnie oka, którego obecność obserwował wraz z kolegami oftalm. oddziału szpitala Ujazdowskiego i niżéj podpisany u pewnego szeregowca. W literaturze nie znaleźliśmy ani jednego podobnego przypadku, któryby przypominał oftalmoskowy obraz kształtu i zmian form ruszającego się, z początku przytwierdzonego, a następnie pływającego pasorzyta, należącego — podług zdania prof. Wrześniowskiego — do rodzaju *trematodes*.

W prawem oku szeregowca, nie wiedzącego nic o początku upośledzenia swego wzroku, $V=^{10}/_{200}$, częściowe centralne skotoma i oderwanie siatkówki w okolicy plamki żółtéj. Z górnéj części oderwanéj siatkówki ku górze uwydatniało się w kierunku ciałka szklanego ciało białe, z czerwoną pręgą, w postaci „pałeczki“; górna część téj ostatniéj była rozszerzoną w kształcie buławy, na któréj widziano błyszczącą wyniosłość z odchodzącym ku górze stożkowatym wyrostkiem; mniejszy wyrostek oddzielał się od „główki“ poniżéj nieco. Przy kurczeniu się pałeczki oba wyrostki zmieniały swoją formę i znikały. Stan taki trwał 2 tygodnie. Następnie skonstatowano: oderwanie siatkówki, biała „pałeczka“ oddzieliła się od niéj i swobodnie zaczęła pływać w ciałku szklanem; dolna jéj część, po wyjściu z pod siatkówki, przedstawiała się spłaszczoną i zgiętą ku tyłowi pod ostrym kątem; górny wyrostek jakby się składał z cienkich niteczek, zgiął się i przypominał rysunek płomienia.

Tak się przedstawiał obraz na początku oftalmoskopowania, przy dłuższem jednak działaniu na oko światła, wyrostki pasorzyta zmieniały swoją formę, ściągały się, główka zaś przechylała się to w tę, to w drugą stronę, a samo ciałko kurczyło i zmniejszało się; czasem nawet spostrzegano skaczące jego ruchy.

Przy dalszéj obserwacyi w ciągu kilku miesięcy: $V=^{20}/_{200}$, oderwanie siatkówki znacznie się zmniejszyło, w dolnéj części „pałeczki“ uwidoczniły się 2 stawowate przedłużenia, wyrostki jéj główki rozszerzyły się w postaci wachlarza. W takim stanie chory opuścił szpital, wracając w stronę rodzinną. (gub. moskiew.).

Nadzwyczaj ciekawe są dalsze losy żyjącego w oku trematoda, który przez tak długi czas nie tylko nie pogorszał wzroku, lecz owszem, przeszedłszy z pod siatkówki do ciałka szklanego, sprawił polepszenie upośledzonego częściowem oderwaniem siatkówki, widzenia. Przez czas kilkomiesięcznéj obserwacyi pasorzyt swemi ruchami nie pozostawiał najmniejszéj wątpliwości, że było to ciało żyjące, przechodzące w oku fazy swego rozwoju.

Kończąc streszczenie, zachęcamy szan. kol. P-go, aby ogłosił ciekawą swoją rozprawkę, objaśniając obserwacyję rycinami. (Protokóły Zjazdu Ross. lek. Sekcyja oftalm. 1889, str. 224). *Dr. J. Talko.*

# IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

## Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

### III. Posiedzenie naukowe z 16 marca 1889 r.

Przewodniczący: Kol. Merczyński. Członków obecnych 25.

1. Kol. Lebedowicz przedstawił mężczyznę 30-letniego jako rekonwalescenta po laparotomii, wykonanéj w dniu 18/2 b. r. przez prym. kol. Ziembickiego na oddz. chir. szpitala powszechnego z powodu *hernia inguinal. dextr. interstitial. incarcerat.*, któréj badaniem zewnętrznem, pomimo przypuszczenia jéj obecności, nie można było wykazać. Zarazem podał bliższe szczegóły tego przypadku.

2. Kol. Wehr ze względu na przedstawioną przez siebie dziewczynkę ze skolijozą statyczną i odczyt kol. Prusa z dnia 23/2 podaje w krótkości sprawozdanie z obecnego stanu nauki o fizyjologicznych i patologicznych zgięciach stosu pacierzowego.

3. Kol. Barącz zabierając także głos w dyskusyi nad odczytem kol. Prusa, zwraca uwagę, że on w rozróżnianiu przedstawionego przypadku pominął bardzo ważną sprawę patologiczną, mianowicie pierwotne gruźlicze zapalenie stawu krzyżowo biodrowego, wywołujące szereg podobnych objawów jak coxalgia nervosa lub rwa kulszowa (ischias), które dla tego już nieraz brano za to ostatnie cierpienie. Uraz bywa najczęstszą przyczyną téj choroby. Klinicznie objawia się ona przedewszystkiem bólem w okolicy krzyżowéj różnego nasilenia (ból ten występuje wyraźniéj przy zbliżeniu obu kości biodrowych do siebie), osłabieniem dotyczącéj odnogi dolnéj przy końcu dnia zwłaszcza występującem, (stąd chód podobny jak w *coxitis*) i wyższem

ustawieniem miednicy po stronie choréj z następową skolijozą. Nadto istnieje obrzmienie w tylnéj okolicy stawu krzyżowo-biodrowego i miejscowe podniesienie ciepłoty. Chorobę tę brać można za lumbago, rwę kulszową, psoitis, gruźlicę kręgów lędźwiowych dolnych, zapalenie stawu biodrowego i wreszcie za tak zwaną coxalgia nervosa. Pomyłki w rozpoznaniu wynikają zazwyczaj z powodu pominięcia badania stawu krzyżowo-biodrowego przez zbliżanie obu kości biodrowych do siebie i co ważniejsza, przez badanie odbytnicowe, które wykazuje bolesność i większy lub mniejszy obrzęk przedniéj okolicy stawu. Otóż kol. B. zapytuje, czy staw krzyżowo biodrowy u przedstawionego chorego został dokładnie zbadany i czy można na pewne wykluczyć obecność choroby tego stawu, bo z opisanych dotychczas w literaturze około 60 przypadków zapalenia stawu krzyżowo-biodrowego było kilka, w których znani klinicyści pomylili się w rozpoznaniu, uważając chorobę raz za ischias, to znowu za coxalgia nervosa. U przedstawionego chorego zaś tak krzywe ustawienie miednicy i skolijoza jak i chód mają wiele podobnego do znamion zapalenia stawu krzyżowo-biodrowego.

Kol. Schramm odpowiada, że wspólnie z kol. Prusem badał tego chorego co do poruszonéj przez kol. Barącza sprawy chorobowéj, ale ani badanie zewnętrzne, ani przez odbytnicę nie wykazało za nią przemawiających objawów.

Kol. Prus dziękując kol. B., że tę sprawę patologiczną przez niego pominiętą podniósł, omawia różnicę niektórych objawów w rwie kulszowéj a zapaleniu gruźliczem stawu krzyżowo biodrowego. Mianowicie przy rwie kulszowéj dla zmniejszenia napięcia nerwu kulszowego miednica po stronie choréj się obniża i odpowiednio do tego następuje w dolnéj połowie kręgosłupa skolijoza z wklęsłością ku stronie choréj, podczas gdy przy zapaleniu stawu krzyżowo-biodrowego ma się rzecz przeciwnie, t. j. dla zmniejszenia ucisku na staw chory miednica po stronie choréj się podnosi, wskutek czego powstaje w dolnej połowie kręgosłupa skolijoza z wypukłością po stronie choréj. Przez zawieszenie chorego skolijoza wskutek zapalenia stawu krzyżowo-biodrowego się wyrównywa, podczas gdy przy rwie kulszowéj ciężarem kończyny zostaje nerw kulszowy bardziej naciągniętym, wskutek czego ból, a odruchowo skurcz mięśni strony choréj i skolijoza z wklęsłością ku stronie choréj się wzmagają. Wreszcie w danym przypadku sądząc *ex juvantibus et nocentibus* sprawa chorobowa nie jest następstwem zmian organicznych, bo po każdorazowem elektryzowaniu następuje kilka godzin trwające polepszenie, a gdy wtedy ból jest mniejszy, skolijoza się wyrównywa.

4. Kol. Bylicki zdał w streszczeniu sprawę z pracy Freunda, ogłoszonéj w seryi ginekologicznéj Volkmanna *Sammlung klinischer Vorträge*, a zatytułowanéj *„Ueber Akrome galic.“*

Sekretarz: *Dr. Lebedowicz.*

## V. Zawieszanie chorych jako środek leczniczy w uwiądzie rdzenia pacierzowego, oraz innych cierpieniach układu nerwowego.

Wyczytawszy w „Przeglądzie Lekarskim“ w Nrze 10 z d. 9-go marca r. b. krótką wzmiankę o leczeniu uwiądu rdzenia pacierzowego sposobem zawieszania chorych, używanym od niedawna przez Charcota w Paryżu z bardzo pomyślnemi rezultatami, powziąłem zamiar zastosowania go i na naszym gruncie, a to tem bardziéj, gdy po dokładnem przestudyjowaniu rozprawy Dra Moczutkowskiego z Odessy, drukowanéj w kilku numerach „Wracza“ w Petersburgu, nabrałem przekonania, że metoda opisana jest wielce obiecującą, w niéj bowiem przywiedzione są doświadczenia od 1883 r., przedsiębrane z wynikami nader pomyślnemi. Postanowiłem więc przeprowadzić w tym kierunku, o ile będzie możliwem, odpowiednie doświadczenia na chorych; lecz z powodu braku materyjału w odpowiedniéj liczbie bardzo niewielu dotychczas mogłem obserwować; jednak i tych dwóch chorych, których dotychczas leczyłem tym sposobem, wznieciło we mnie to przeświadczenie, że przy wytrwałości i cierpliwości ze strony chorych, jeżeli nie zupełnie wyleczyć, to przynajmniéj znaczną część złego usunąć można.

Dziwną atoli wydaje się rzeczą, że mimo tak pięknych i tak zachęcających rezultatów, jakie za pomocą zawieszenia chorych już otrzymano i do jakich doszedł najpierw Moczutkowski, sposób ten leczenia nie znalazł rychło ani takiéj wziętości ani aprobaty ze strony ciał naukowych, na jaką rzeczywiście zasługuje, ale przez lat kilka ograniczał się tylko do wykonawstwa przez jednego lekarza w Odessie. Dopiero w ostatnich czasach wprowadził ten sposób do Paryża Dr. Raymond, a następnie w ręku Charcota znalazł liczniejsze zastosowanie i to nie wyłącznie tylko w uwiądzie rdzenia pacierzowego, lecz i w wielu innych cierpieniach, w rdzeniu pacierzowym swoje źródło mających, a okazał się nader skutecznym, jak to jego sprawozdania wykazują. Że w tych sprawozdaniach tylko prawdziwe wyniki podawane bywają, i to pomyślne, dowodzą liczne obserwacyje z innéj strony przeprowadzone, a mianowicie przez Mendla w Berlinie, Gajkiewicza i Jasińskiego w Warszawie i w. in.

Przyrząd do zawieszania składa się ze statywu o trzech silnych, drewnianych, grubości ramienia drążkach około $2^1/_2$ metra wysokich, połączonych w górze za pomocą ruchomych wstawów z kółkiem drewnianem, poziomo ustawionem, nieruchomem, w którego środku tkwi hak żelazny, służący do zawieszania bloków żelaznych. Przez bloki przechodzi sznur, na którego jednym końcu zawieszony jest przyrząd, jakiego się używa, według Sayrego, do zakładania gorsetów, opatrzony w odpowiedni ze skóry zrobiony kołnierz, zakładający się pod brodę i na potylicę oraz w dwie pętle, przypadające pod pachy; drugi zaś koniec sznuru przytwierdzony jest do dźwigni z korbą, na którą się nawija, podnosząc chorego, a odwija spuszczając go na ziemię, przy któréj to czynności żadnego nieprzyjemnego nie doznaje chory wrażenia. (Jest to moja modyfikacyja, albowiem wszędzie pociągają bezpośrednio za sznur, przy czem chory doznaje czasem bardzo nieprzyjemnych zrywań i wstrząśnień ciała, podczas gdy nawijając sznur na walec korbą, chory ani wie, kiedy się wznosi w górę lub na dół spuszcza). Tak zawieszony pozostaje przez pół do czterech a nawet i sześciu minut; bardzo słabi i nerwowo rozdrażnieni chorzy z początku popadają w lekki stan omdlenia, który jednak szybko przechodzi.

Oceniając skutki leczenia w ogólności, przyznać trzeba, że są nadzwyczaj pomyślnemi, albowiem chorzy doznają bardzo rychło ulgi nie do uwierzenia, niekiedy już po pierwszem zawieszeniu utrzymują, że im lepiéj jest chodzić i że bóle zmalały, co trwa zazwyczaj tylko parę godzin, dopiero po kilku a nawet kilkunastu zawieszeniach poprawa postępuje znacznie a otrzymane polepszenie zaczyna się utrwalać. Uczucie zziębnienia w odnogach dolnych a zwłaszcza w stopach ustępuje miejsca przyjemnemu uczuciu ciepła a najstraszliwszy prześladowca chorych, mianowicie bóle, które ich nieraz snu przez całe tygodnie pozbawiały i, jak chorzy utrzymują, do rozpaczy ich doprowadzały, zwolna lecz stale znikają; oddawanie moczu i kału, które się w największym nieładzie i z istotnemi męczarniami odbywało, odbywa się w miarę wzrastającéj liczby zawieszeń coraz swobodniéj i regularniéj; apetyt bardzo lichy poprawia się, a czucie zupełnie zniesione powraca. Najuporczywiéj utrzymuje się nieczulica prącia i jąder, impotencyja ma ustępować bardzo powoli.

Entuzyjazm chorych do tego sposobu leczenia jest nie do opisania, gdyż trzeba widzieć chorych i słyszeć rozprawiających między sobą o skutkach, jakich doznają, wychwalających je pod niebiosy, a zarazem pilnujących jak chwili zbawienia minuty, w któréj do zawieszenia koléj na nich przypada, aby módz poznać i osądzić wartość leczenia téj metody. Niejeden chory lub chora musi odbyć prawie półmilową drogę, aby się dostać do lekarza i zostać na pół minuty zawieszoną, i spieszy co sił starczy mimo niesłychanego upału, aby się stawić na oznaczoną godzinę, nie spóźnić się i nie stracić ani dnia jednego. To daje też miarę wyobrażenia o korzyściach podmiotowych odnoszonych przez chorych, leczących się tą metodą. Nietylko jednak w samym uwiądzie rdzenia pacierzowego osiągnięto tym sposobem pomyślne wyniki, lecz owszem i w innych cierpieniach, których źródłem jest rdzeń pacierzowy; również w skrzywieniach kręgosłupa połączonych z silnemi bólami, w zrostach wiązadeł międzykręgowych, w neurastenii, impotencyi i w. in.

Nie mając jednak zamiaru nadawania mojemu referatowi

cechy umiejętnéj rozprawy, pozwolę sobie w końcu przywieźć kilka historyj obserwowanych przypadków, nie wdając się wcale w rozbiór krytyczny, a które najlepiéj wartość leczniczą téj metody okażą.

W maju r. b. zgłosił się do mnie mężczyzna około 46 l. liczący, introligator, bardzo dobrze zbudowany, nędznie odżywiony, wysokiego wzrostu, żonaty, bezdzietny; od 3 lat, w parę miesięcy po ożenieniu, zaczął spostrzegać pewnego rodzaju trudność w chodzeniu, jakby mu coś nogi podrywało, zmęczenie w odnogach dolnych występujące po kilku już minutach chodzenia; te przypady wzmagały się dość szybko do tego stopnia, że obecnie tylko przy pomocy drugiéj osoby wywijając i podrzucając nogami na wszystkie strony, bardzo pomału posuwać się jest w stanie; czucie w odnogach dolnych do minimum ograniczone, erekcyi członka i czucia w nim wcale już nie ma a mocz i stolec tylko po zastosowaniu odpowiednich środków i to nieregularnie z trudnością i z wysileniem oddaje. Bóle w odnogach dolnych, zwłaszcza wieczorem i w nocy, prawie regularnie występujące, są nie do zniesienia i trwają niekiedy z małemi przerwami i całą noc, wolniejąc dopiero nad ranem; o śnie zatem nie ma wcale mowy, a chcąc utratę snu w nocy drzemką popołudniową sobie wynagrodzić, doznaje tak bolesnych szarpań w dolnych odnogach, że czemprędzéj wstać musi i przechadzać się, dopóki owe szarpania nie ustąpią. Apetytu prawie żadnego nie ma, zwłaszcza do potraw mięsnych, upadek sił i wychudnienie w wysokim stopniu. Środki lekarskie i wszelkie sposoby leczenia wyczerpane, ulgi żadnéj.

Zastosowałem leczenie za pomocą zawieszenia, po 10 zawieszeniach najsamprzód nogi odzyskały utracone ciepło, bóle ustąpiły tak, że doznaje tylko lekkiego kłócia w łydkach i udach, jak gdyby szpilkami go kłóto i to tylko niekiedy; apetyt poprawił się i nic do życzenia nie pozostawia, mocz i stolec prawie regularnie i bez pomocy wszelkiéj oddaje, czucie w odnogach powraca, w członku jednak i mosznach stan prawie jednaki się utrzymuje. Już po piątem zawieszaniu chód zaczął się poprawiać stale i bóle się zmniejszać tak, że dzisiaj po 17 zawieszeniach chodzi sam bez pomocy i opieki drugiéj osoby, chociaż od czasu do czasu nogą jedną lub drugą podrzuci; przechadzki dalekie sam odbywa bez uczucia zmęczenia lub ciężkości w nogach. Poprawa postępuje bez przerwy widocznie.

W kilka dni późniéj zgłosił się chory, 54 lat liczący, emerytowany urzędnik skarbowy, żonaty, ojciec trojga dzieci zupełnie zdrowych i opowiada, że od jedenastu lat czuje się chorym. Objawy wybitne uwiądu rdzenia pacierzowego, wśród których dominują gwałtowne bóle w kończynach dolnych, które go, jak utrzymuje, do rozpaczy doprowadzają tak, że się już kilkakrotnie targnął na własne życie, w czem mu jednak żona przeszkodziła, strzegąc go ustawicznie. Chód charakterystyczny; przeważnie jednak leży, nie mogąc się niekiedy ani poruszyć w łóżku ani obrócić z boku na bok. Równowagi ciała, patrząc nawet na nogi, zachować nie może, stojąc kiwa się i chwieje, musi czemprędzéj siadać lub jakiegoś przedmiotu się chwycić, aby nie upadł. Odruch kolanowy zniesiony, uczucie ściskania w pasie przykre, źrenice wązkie, oddziaływają na światło bardzo leniwo; zaburzenia ze strony kiszki stolcowéj i pęcherza, kończyny dolne zawsze zimne a stojąc boso doznaje wrażenia, jak gdyby stał na czemś kosmatem, nierównem, częste zawroty głowy i drżenie rąk; upadek sił wielki; wogóle stan chorego rozpaczliwy. Po wyczerpaniu wszelkich sposobów leczenia, zaproponowałem choremu, nie robiąc mu wielkiéj nadziei, zawieszanie, na które chętnie się zgodził. Zaczęto od pół minuty co drugi dzień, co bardzo dobrze chory znosił tak, że po 15 zawieszeniach poprawa nie do uwierzenia nastąpiła. Chory twierdzi, że jest nie tymsamym człowiekiem, że się na nowo na świat narodził, sypia, je i trawi zupełnie dobrze, chodzi sam, lecz zawsze w towarzystwie córki lub żony; równowagę ciała, nawet na jednéj nodze stojąc tak ze zamkniętemi oczyma jak i w górę skierowanemi, zachowuje a co najważniejsza dla niego i za co głównie tego sposobu leczenia dosyć nachwalić się nie może, jest to, że pozbył się zupełnie owych straszliwych bólów, a wskutek tego odzyskał sen i apetyt i może pracować swobodnie. Zaburzenie tak ze strony pęcherza jak kiszki stolcowéj ustąpiły zupełnie, a jest nadzieja, że przy dalszem leczeniu wszystkie przypady chorobowe zupełnie ustąpią, albowiem po 20 zawieszeniach tak dalece czuje się uzdrowionym, że wziął się sam do pielęgnowania ciężko choréj żony, z którą wyjechać miał na świeże powietrzą, dlaczego też dalsze leczenie zostało przerwane.

W celu dokładniejszego obserwowania na znaczniejszéj liczbie przypadków téj metody leczenia wybrałem się do Warszawy, gdzie, jak się dowiedziałem, już od dłuższego czasu metodą tą chorych leczą i korzystając z uprzejmości i dobrych chęci kolegów Gajkiewicza i Socińskiego oraz Wisłockiego, zwiedziłem szpitale, gdzie leczenie tą metodą na chorych szpitalnych i przychodnich się odbywa oraz prywatnie w pomieszkaniu kolegi Gajkiewicza. Na tem też miejscu składam wymienionym czcigodnym kolegom serdeczne podziękowanie za ich uprzejmość i gotowość w udzielaniu mi pewnych wskazówek i swych spostrzeżeń.

Z pomiędzy licznych przypadków pozwolę sobie tylko przytoczyć kilka, które najlepiéj zapamiętałem i które najlepiéj illustrują skutki téj metody, starając się uczynić to jak najkróciéj i najzwięźléj, aby nie nużyć zbytecznie czytelników.

Izraelitka, przeszło 40 lat licząca, okazuje wybitne przypady uwiądu rdzenia pacierzowego, dochodzące do tego stopnia, że wszelkie ruchy u niéj są zupełnie zniesione tak, że nogami władać nie może ani niemi poruszyć a leżąc w łóżku z boku na bok przewrócić się nie jest w stanie; przywożą ją w krześle z kółkami. Po kilkunastu zawieszeniach wprawdzie władzy w nogach zupełnie jeszcze nie odzyskała, nie chodzi swobodnie, lecz siedząc w krześle sama kółkami obraca, powozi, stoi spokojnie, zachowując równowagę ciała, z oczyma zamkniętemi lub w górę zwróconemi, na obu lub na jednéj nodze, bólów nie doznaje wcale, objaw Romberga i zaburzenia ze strony stolca i pęcherza ustąpiły.

Drugi przypadek dotyczył kobiety około 45 lat liczącéj, ze średniéj klasy społeczeństwa pochodzącéj, z objawami uwiądu rdzenia pacierzowego; z przyczyny bólów szalonych i niezborności w wysokim stopniu dostała się do szpitala, gdzie ją zaraz rozpoczęto leczyć za pomocą zawieszania. Po dwunastu zawieszeniach bóle zaczęły znikać, tak, że obecnie kiedyniekiedy tylko i bardzo słabo się pojawiają; chodzenie jeszcze mozolne i atakttyczne, lecz bez porównania znacznie w mniejszem stopniu, z oczyma zamkniętemi lub zwróconemi ku górze równowagę ciała, choć nie zupełną, utrzymać jest w stanie. Poprawa u téj choréj, wprawdzie powoli, lecz stale postępuje.

Trzecim chorym jest mężczyzna 51 lat mający, dobrze zbudowany i dosyć dobrze odżywiony, nadzwyczaj wesołego usposobienia, ruchliwy, przemysłowiec; od lat jedenastu z przyczyny uwiądu rdzenia pacierzowego leczył się w zakładach wodoleczniczych i u lekarzy renomowanych, lecz choroba mimo wszelkiego pielęgnowania i leczenia postępowała bez przerwy. Chód coraz wybitniéj niezborny, bóle szalone bardzo często się powtarzające i długotrwałe w odnogach dolnych i krzyżach, stolec nieregularny po największéj części wstrzymany i skąpy. Gdy wszelkie leczenie nic nie pomagało, a próbowano i elektryzowania, a stan chorobowy znacznie się pogarszał, nie wróżono choremu dłuższego nad 2 lata życia. Tymczasem dowiedział się przed niedawnym czasem o tym nowym a tak wiele obiecującym sposobie leczenia i oto poddawszy się mu, przestał po 15 zawieszeniach doznawać bólów, chodzić może przez cały dzień tak, że oko niewprawne lub nieświadome stanu tego chorego nic nieprawidłowego zauważyćby nie mogło. Ja sam znając tego chorego doskonale od lat dwudziestu kilku i obserwując jego chorobę od czasu do czasu, wyjść z podziwu nie mogłem, (nie widząc go od 3 miesięcy), ujrzawszy go nie narzekającego wcale, a chodzącego obecnie szybkim i pewnym krokiem, a zapytawszy o stan jego zdrowia, otrzymałem odpowiedź, że powoli zaczyna zapominać, że był chorym, lecz, że się jeszcze leczyć musi. To też nie może on dosyć nachwalić się téj metody i zaleca każdemu podobnie jak on choremu sposobu zawieszania jako

jedynie leczącego i całe zaufanie chorych posiadającego środka leczniczego.

Następny chory, młodzieniec dwudziestokilko-letni, z niedomogą płciową z powodu onanii, pogorszającą się mimo zaprzestania od dłuższego czasu tego nałogu; przy zastosowaniu zawieszania jako środka leczniczego stan dosyć szybko się poprawia.

Dziewczynka czternastoletnia, skrofuliczna od dłuższego czasu zaprzestała zupełnie chodzić; czucie u niéj wogóle upośledzone, budowa czaszki niekształtna, odżywienie bardzo liche. Po kilkunastu zawieszeniach nie tylko chodzi, ale nawet biega i skacze, stan ogólny poprawił się znacznie.

Takie i tym podobne przypadki stanowią liczbę wcale pokaźną z każdym dniem się powiększającą; skutki leczenia tą metodą są bardzo pomyślne i zdaje się, że trwałe, jakkolwiek czas to jeszcze za mały, aby pod tym względem można było wydać już teraz orzeczenie stanowcze — na to potrzeba najmniéj lat kilku. Chora z neurasteniją, leczona jeszcze w końcu kwietnia kilkunastoma tylko zawieszeniami, czuje się do dzisiejszego dnia zupełnie zdrową, inni coraz więcéj do zdrowia przychodzą, lecząc się ciągle, niektórzy przerwawszy leczenie z powodu wyjazdu na świeże powietrze, donoszą, że się mają bardzo dobrze.

Nie mając zamiaru pisania naukowéj rozprawy chciałem tylko szan. Kolegów powiadomić za pomocą tego krótkiego referatu o tym u nas jeszcze nowym sposobie leczenia za pomocą zawieszenia a zarazem naszkicować w kilku rzutach pióra skutki tegoż, jakie do dzisiaj już udało się osiągnąć. Że one są bardzo korzystne, to widać z opowiadania wszystkich chorych, czy zaś będą trwałemi, to przy dokładnéj i licznéj obserwacyi czas dopiero pokaże następny.

*Dr. Karol Kramarzyński.*

## VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

† Dr. Lipski podał na posiedzeniu Towarzystwa ochrony zdrowia publicznego w Petersburgu 28-go kwietnia wiadomość o nowym środku pokarmowym, mającym obszerne zastosowanie pośród ludności gubernii Grodzieńskiéj, a mianowicie — o nasionach *glyceria fluitans*, należącéj do rodzaju traw, rosnącéj na łąkach. Najlepiéj udaje się ona w czasie posuchy tak niekorzystnéj dla żyta i innych zbóż. Nasiona téj rośliny mają postać krup, z których gotują kaszę na wodzie albo na mleku. Potrawa ta ma dosyć przyjemny smak i nie pociąga za sobą żadnych szkodliwych skutków. Co do składu chemicznego *glyceriae fl.*, to według badania Dra L. zawiera ona 6% azotu i 1,1% części mineralnych, a więc skład jéj jest zbliżonym do składu zwykłych jagieł. (*Wracz*, 1889, Nr. 18).

† Dr. Steigenberger podaje przypadek zakażenia się gruźlicą dziecka, którego rodzice byli zupełnie zdrowi. Po kilkakrotnéj zmianie mamek ssało dziecko przez 4 miesiące piersi, z których wydzielała się ciecz śluzowo-ropna. Po 2 miesiącach wytworzył się u dziecka na prawéj stronie szyi guz wielkości jaja, pochodzący z obrzęku gruczołów limfatycznych. Po otwarciu tego guza wyszła ropa, która nie zawierała prątków gruźliczych. Znaleziono jednak takowe w utkaniu samych gruczołów, których cząstki przez wyskrobanie otrzymano. Ponieważ płuca były zupełnie zdrowe, przypuszcza więc St., że w danym przypadku powstało zakażenie przez naczynia limfatyczne jamy ustnéj. (*Deutsche Medicinal-Zeitung*, 25 kwiet.).

## VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 17 lipca. Redaktor *Przeglądu Lekarskiego* wyjeżdża na wakacyje do Zakopanego. Pod nieobecność jego podjął się zastępstwa kol. Dr. August Kwaśnicki. (Basztowa Nr. 4).

* Na ostatniem posiedzeniu Wydziału lek. prof. Madurowicz zabrał głos do wniosku następującego: „Jak Panom wiadomo, głównie dzięki staraniom członka Wydziału naszego prof. Domańskiego Rada miasta Krakowa uchwaliła wczoraj sprowadzić dla miasta naszego wodę z Regulic kosztem $2\frac{1}{2}$ milijona; wnoszę przeto, aby Wydział lek. na dzisiejszem pełnem zebraniu wyraził mu gorące podziękowanie i głębokie uznanie za jego niestrudzoną gorliwość i usilną pracę w przeprowadzeniu téj nadzwyczaj ważnéj sprawy mimo niezliczonych przeszkód; wnoszę nadto, aby uznanie to zamieszczonem zostało w dzisiejszym protokóle obrad Wydziału oraz w najbliższym numerze Przeglądu Lekarskiego“. Wniosek ten śród aklamacyi został przyjęty, a członkowie Wydziału przez powstanie wyrazili kol. Domańskiemu swoje uznanie.

* D. 15 bm. uczyniwszy zadość prawem przepisanym wymogom celem uzyskania *veniae legendi* z chirurgii Dr. Aleksander Bossowski, I-szy asystent kliniki chirurgicznéj, wygłosił wykład habilitacyjny w obecności grona profesorów i licznie zebranych uczniów, którzy kandydata przyjęli i pożegnali hucznemi oklaskami. Uznawszy wykład za odpowiedni, Wydział uchwalił przedłożyć akt habilitacyjny Wys. Ministerstwu do potwierdzenia.

* Dr. Zdzisław Lachowicz, dotychczas asystent sanitarny w Żydaczowie, przeniesiony został do bióra sanitarnego we Lwowie.

* *W. med. Wochenschrift* w ostatnim numerze donosi, że według dzienników politycznych w przyszłorocznym budżecie ma być umieszczona suma 300.000 złr. na budowę klinik w Krakowie. My o tem nic nie wiemy, ani też nie podaje tygodnik wiedeński źródła, z którego czerpie tę dla nas tak radosną wiadomość.

* Dnia 16-go sierpnia zbierze się w Krynicy Komisyja pod przewodnictwem starosty nowosądeckiego i prezesa tamecznego komitetu zdrojowego, p. Friedricha, złożona z zastępcy protomedyka, docenta Marsa, radzcy budownictwa p. Braunseisa, i delegata dyrekcyi domen i lasów, przy współudziale obu lekarzy zdrojowych i zarządzcy, celem zbadania wad zdrojowiska i przedstawienia wniosków, w jakim kierunku i porządku należy wady tu zbadać. Komisyja ta wyznaczoną została przez p. Namiestnika za zezwoleniem Ministerstwa rolnictwa. Program prac i narad otrzymali już członkowie; w programie tym położony został nacisk na zbadanie ogólnych stosunków hygijenicznych, na sposób wykonywania policyi miejscowéj, i na wady w urządzaniu balneologicznem, wreszcie na przedstawienie środków zaradczych ogólnych i szczegółowych.

* Po złożeniu numeru otrzymaliśmy od prof. Adamkiewicza odpowiedź na sprostowanie prof. Browicza, umieszczone w Nrze. przeszłym. Odpowiedź tę podamy w Nrze przyszłym.

* W Iwoniczu było dotąd gości 922, w Cieplicach czeskich 4023.

* W Iwoniczu odbędzie się d. 28 bm. loteryja fantowa i bal na dochód miejscowéj filii lwowskiego szpitala Św. Zofii i Domu sierót.

† **Francyja.** W czasie świąt Bożego Narodzenia zdarzył się ciekawy przypadek, że dorośli i dzieci zebrani koło drzewka uczuli nagłą słabość i dostali wymiotów. Badanie nie wykazało nic szkodliwego w potrawach ani napojach, ale za to odkryto arszenik w świecach, które się paliły na drzewku.

† Zmarła właścicielka paryskich magazynów „au bon marché“, przeznaczyła w testamencie między innemi 8.000.000 franków na urządzenie szpitala, z warunkiem jednak, ażeby szpital ten był zbudowany o ile możności bliżéj magazynu i ażeby opiekę nad chorymi miały zakonnice.

† **Włochy.** We Włoszech wyszło prawo, na podstawie którego nie będą tam przy poborach wojskowych zwracać uwagi na stosunek wymiaru piersi do wzrostu. Wszyscy posiadający wymiar w piersi nie mniéj niż 80 cm., będą wzięci do wojska, posiadający 75 ctm. dostają rok zwłoki, a ci, którzy mają mniéj niż 75 ctm., będą zupełnie uwolnieni od służby wojskowéj. (*La semaine médicale*).

† Lekarze angielscy i amerykańscy praktykujący w Europie i Afryce założyli stowarzyszenie „*The Continental Anglo-American Medical Society*“ i co 2 lata postanowili się zjeżdżać. Pierwszy zjazd naznaczono w Paryżu b. r. na dzień 30 września. (*Le Bullet. médical* 7 kwietnia).

† Zmarły bogacz filadelfijski Williamson ofiarował około milion dolarów na szpitale.

† **Turcyja.** Sułtan przeznaczył 500.000 piastrów na nowe gmachy dla klinik i laboratoryj szkoły medycznéj.

† **Ameryka.** Dr. Sears ofiarował gmach wartości 30.000 dolarów na urządzenie pracowni bakteryjologicznéj w Bostonie. (*Boston Med. Journal* 14 marca).

† Jako przykład nadmiernéj specyjalizacyi w tegoczesnéj

medycynie można wskazać fakt utworzenia w uniwersytecie wermontskim oddzielnéj katedry dla badania fizycznego osób chcących zabezpieczyć życie. Profesorem został Dr. Charles Fr. Stillmann z Nowego Jorku (*The British Med. Journal*).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga.** Wydział lekarski niemiecki proponował na katedrę kliniczną, opróżnioną po przeniesieniu Kahlera do Wiednia, asystenta jego i docenta Dra Kraussa *unico loco*, co wywołuje powszechne zdziwienie. — **Insbruk.** Dziekanem Wydziału lek. wybrany prof. Borysiekiewicz.

* Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jag. pp.: Walenty Borelowski i Adolf Hochstim z Krakowa, Jan Ornstein-Orski z Brodów, Tadeusz Płochocki z N. Sącza, Leon Schmeidler z Krakowa, Stanisław Choróbski z Wadowic, Leonard Orzechowski z Pacanowa w Król. Polskiem, Józef Lehmann z Myślenic, Aleksander Hycner z Jasła, Jan Raczyński z N. Sącza i Mieczysław Pałka z Chrzanowa.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 28: Krysińskiego: Przyczynki do techniki histologicznéj Zieminskiego: O pierwotnem zap. osłonki gałkowéj Tenona (dok.). Pawińskiego: Strophantus (c. d.); Matlakowskiego: Periurethritis dissecans.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.